



Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	13
	Einleitung	13
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	15
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	15
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	15
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	15
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	17
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	17
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	17
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	18
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	20
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	21
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	22
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	22
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	22
A-9	Anzahl der Betten	23
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	23
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	23
A-11.2	Pflegepersonal	23
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	25

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	25
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	26
A-12.1	Qualitätsmanagement	26
A-12.1.1	Verantwortliche Person	26
A-12.1.2	Lenkungsgremium	26
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	26
A-12.2.1	Verantwortliche Person	26
A-12.2.2	Lenkungsgremium	26
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	27
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	28
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	28
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	29
A-12.3.1	Hygienepersonal	29
A-12.3.1.1	Hygienekommission	29
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	29
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	29
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	30
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	31
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	31
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	32
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	32
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	33
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	33
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	33
A-12.5.2	Verantwortliche Person	34

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	34
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	34
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	35
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	36
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	37
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	37
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	37
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	38
B-[1500-03]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	38
B-[1500-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[1500-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	40
B-[1500-03].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	40
B-[1500-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[1500-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1500-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[1500-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	42
B-[1500-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[1500-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	43
B-[1500-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[1500-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	45
B-[1500-03].7.2	Kompetenzprozeduren	45
B-[1500-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	45
B-[1500-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	46

B-[1500-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	46
B-[1500-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[1500-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[1500-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[1500-03].11	Personelle Ausstattung	47
B-[1500-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	47
B-[1500-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	48
B-[1500-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	48
B-[1500-03].11.2	Pflegepersonal	48
B-[1500-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	48
B-[1500-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	48
B-[1500-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	48
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2400-03]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	49
B-[2400-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[2400-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	49
B-[2400-03].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	49
B-[2400-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	49
B-[2400-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	50
B-[2400-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[2400-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	51
B-[2400-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	52
B-[2400-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	52
B-[2400-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[2400-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	54
B-[2400-03].7.2	Kompetenzprozeduren	54

B-[2400-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	55
B-[2400-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	55
B-[2400-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	55
B-[2400-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	55
B-[2400-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[2400-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[2400-03].11	Personelle Ausstattung	56
B-[2400-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	56
B-[2400-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	57
B-[2400-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	57
B-[2400-03].11.2	Pflegepersonal	57
B-[2400-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	57
B-[2400-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	57
B-[2400-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	57
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0200-03]	Klinik für Geriatrie	58
B-[0200-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[0200-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	58
B-[0200-03].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	58
B-[0200-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[0200-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[0200-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[0200-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	62
B-[0200-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	63
B-[0200-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	63
B-[0200-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	64

B-[0200-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[0200-03].7.2	Kompetenzprozeduren	65
B-[0200-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[0200-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	66
B-[0200-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	66
B-[0200-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	66
B-[0200-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	66
B-[0200-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	66
B-[0200-03].11	Personelle Ausstattung	66
B-[0200-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	66
B-[0200-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	66
B-[0200-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	66
B-[0200-03].11.2	Pflegepersonal	67
B-[0200-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	67
B-[0200-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	67
B-[0200-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	67
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0100-03]	Klinik für Innere Medizin	68
B-[0100-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[0100-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	68
B-[0100-03].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	68
B-[0100-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[0100-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[0100-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[0100-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	70

B-[0100-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	71
B-[0100-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	72
B-[0100-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	72
B-[0100-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	73
B-[0100-03].7.2	Kompetenzprozeduren	73
B-[0100-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	74
B-[0100-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	74
B-[0100-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	74
B-[0100-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	74
B-[0100-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	74
B-[0100-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-[0100-03].11	Personelle Ausstattung	75
B-[0100-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	75
B-[0100-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	75
B-[0100-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	75
B-[0100-03].11.2	Pflegepersonal	75
B-[0100-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	75
B-[0100-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	76
B-[0100-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	76
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600-03]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	77
B-[3600-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[3600-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	77
B-[3600-03].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	77
B-[3600-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	77
B-[3600-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78

B-[3600-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[3600-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	80
B-[3600-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	81
B-[3600-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	81
B-[3600-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	82
B-[3600-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	83
B-[3600-03].7.2	Kompetenzprozeduren	84
B-[3600-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	84
B-[3600-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	84
B-[3600-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	84
B-[3600-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	84
B-[3600-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[3600-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	84
B-[3600-03].11	Personelle Ausstattung	84
B-[3600-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	84
B-[3600-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	84
B-[3600-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	85
B-[3600-03].11.2	Pflegepersonal	85
B-[3600-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	85
B-[3600-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	85
B-[3600-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	85
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1600-03]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	86
B-[1600-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[1600-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	86
B-[1600-03].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	86

B-[1600-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	86
B-[1600-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	87
B-[1600-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[1600-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	88
B-[1600-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	89
B-[1600-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	89
B-[1600-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	89
B-[1600-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	91
B-[1600-03].7.2	Kompetenzprozeduren	92
B-[1600-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	92
B-[1600-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	92
B-[1600-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	92
B-[1600-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	92
B-[1600-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[1600-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-[1600-03].11	Personelle Ausstattung	94
B-[1600-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	94
B-[1600-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	94
B-[1600-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	94
B-[1600-03].11.2	Pflegepersonal	95
B-[1600-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	95
B-[1600-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	95
B-[1600-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	95
B-[2200]	Belegabteilung für Urologie	96
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	96

B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	96
B-[2200].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	96
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	96
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	97
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	98
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	98
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	98
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	98
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	99
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	99
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	99
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	99
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	99
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	99
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	100
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	100
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	100
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	100
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	100
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	100
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	100
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	100
B-[2200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	100

C	Qualitätssicherung	101
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	101
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	101
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	102
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	102
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	198
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	198
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	198
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	198
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	198
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	199
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	199
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	199
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	199
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	199
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	200
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	200
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	201

Vorwort

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands. Wir sehen unsere Aufgabe darin, die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen zu verbessern und zu erhalten. Der Kern unseres Selbstverständnisses ist die Kombination einer hochqualifizierten medizinischen und pflegerischen Versorgung mit einer familiären Atmosphäre in unseren Einrichtungen.

Gesundheit aus einer Hand: Unser Unternehmen wurde 1991 gegründet und baut auf der 100-jährigen Tradition des Kur- und Klinikbetriebes von Bad Wilsnack im Land Brandenburg auf. Inzwischen haben wir uns zu einem Gesundheitsdienstleister entwickelt, der in seinem Netzwerk moderner stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen Gesundheit aus einer Hand anbietet.

Wir betreiben Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior*innen, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste mit über 2.500 Betten und Plätzen und beschäftigen 4.800 Mitarbeiter*innen.

Wir stehen für innovative Leistungen und investieren kontinuierlich in modernste medizinische Technologie und Infrastruktur sowie in die hohe Professionalität unserer Mitarbeiter*innen. Wir sind ein wichtiger Arbeitgeber in den jeweiligen Regionen unserer Einrichtungen. Wir sind Berufsausbilder und unsere Lehrkrankenhäuser sorgen in Kooperation mit Universitätskliniken für qualifizierten Nachwuchs und die Weiterbildung unseres medizinischen Personals auf höchstem Niveau.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.März 2020 bzw. 21.April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Das KMG Klinikum Sondershausen verfügt über 169 Betten und Plätze in 6 Fachabteilungen und einer Belegabteilung für Urologie. Hoch qualifizierte und motivierte Ärzt*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen kümmern sich mit hoher Zuwendung um die Gesundheit und das Wohl der Patient*innen. Im Jahr werden im KMG Klinikum Sondershausen knapp 7.000 Patient*innen stationär behandelt. Über 15.000 Behandlungen werden ambulant durchgeführt. Das Krankenhaus ist mit neuester Medizintechnik zur Diagnostik und Therapie hoch funktional ausgestattet. Darüber hinaus ist im Klinikum eine Radiologische Praxis untergebracht.

Zusammen mit den unmittelbar in der Region gelegenen KMG Kliniken in Bad Frankenhausen und Sömmerda bildet das KMG Klinikum Sondershausen nach einem Trägerwechsel der 3 Kliniken in Thüringen, seit dem 01.07.2019, ein Netzwerk. So erhalten die Patient*innen Gesundheit aus einer Hand.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Geschäftsführer

Titel, Vorname, Name	Mike Schuffenhauer
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016
E-Mail	m.schuffenhauer@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Sarah Theresa Klaus
Telefon	03634 52 1532
Fax	03634 52 1228
E-Mail	S.Klaus@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/>

Link zu weiteren Informationen zu diesem
Qualitätsbericht

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/>

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Sondershausen
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
Straße	Hospitalstrasse
Hausnummer	2
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773340000
Standort-Nummer alt	3
Telefon-Vorwahl	03632
Telefon	670
E-Mail	sondershausen@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Sondershausen

PLZ	99706
Ort	Sondershausen
Straße	Hospitalstraße
Hausnummer	2
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773340000
Standort-Nummer alt	3
Standort-URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Mike Schuffenhauer
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016
E-Mail	m.schuffenhauer@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Diana Richter
Telefon	034671 65 122
Fax	034671 65 129
E-Mail	diana.richter@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
-------------------------------	-------------------

Titel, Vorname, Name	Diana Richter
Telefon	03634 52 1119
Fax	03634 52 1228
E-Mail	diana.richter@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Achim von Moltke
Telefon	03632 67 1117
Fax	03632 67 1019
E-Mail	a.vonmoltke@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Kluge
Telefon	036471 65 205
Fax	034671 65 129
E-Mail	o.kluge@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Brand
Telefon	03634 52 1480
Fax	03634 52 1207
E-Mail	p.brand@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Katrin Fischer
Telefon	03632 67 511201
Fax	03632 67 1201
E-Mail	katrin.fischer@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Karin Pätz
Telefon	034671 65 118
Fax	034671 65 149
E-Mail	k.paetz@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Antje Rottorf
Telefon	03634 52 1540
Fax	03634 52 1117
E-Mail	a.rottorf@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Sondershausen - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Mike Schuffenhauer
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016

E-Mail m.schuffenhauer@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Sondershausen - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Titel, Vorname, Name Dr. med. Achim von Moltke

Telefon 03632 67 1117

Fax 03632 67 1019

E-Mail a.vonmoltke@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Sondershausen - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung

Titel, Vorname, Name Katrin Fischer

Telefon 03632 67 511201

Fax 03632 67 1201

E-Mail katrin.fischer@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH

Träger-Art privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
MP63 - Sozialdienst
- 1 *Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche und pflegerische Betreuung im Krankenhaus. Er gewährleistet mit seinem breiten Leistungsspektrum Hilfe in allen Fragen zur Entlassung und Weiterbehandlung.*
MP37 - Schmerztherapie/-management
- 2 *Neben medikamentösen Therapiestrategien, regionalen und lokalen invasiven Verfahren ("Schmerzkatheter") und TENS-Anwendung kommt auch Akupunktur zum Einsatz.*
MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 3 *Eine Rückenschule ist in der Gesundheitseinrichtung fachübergreifend durch die Abteilung der Physiotherapie möglich.*
MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 4 *Ist die rechtzeitige Planung und Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus (Zusammenarbeit: Ärzte, Pflegedienst, Sozialdienst). Durch eine frühzeitige Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs wird ermöglicht, notwendige Maßnahmen bereits während des Krankenhausaufenthaltes einzuleiten.*
MP21 - Kinästhetik
- 5 *Die Kinästhetik ist ein Handlungskonzept, mit der die Bewegung von Patienten schonend unterstützt wird (z.B. ohne Heben und Tragen). Mit ihrer Hilfe soll die Motivation des Pflegebedürftigen durch die Kommunikation über Berührung und Bewegung deutlich verbessert werden.*
MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 6 *Ein spezielles Case Management wird angewendet.*
MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
- 7 *Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege*
Im Rahmen des Entlassungsmanagements kooperieren wir eng mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.
MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
- 8 *Die Bewegungstherapie bildet die Hauptaufgabe der Physiotherapie und umfasst alle Behandlungsmethoden und -techniken.*
MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
- 9 *Sowohl die Hebammen unserer Einrichtung als auch die freiberuflichen Hebammen bieten Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse an.*
MP51 - Wundmanagement
- 10 *qualifizierte Wundexperten gewährleisten die professionelle Behandlung und Beratung zu allen Fragen der Wundbehandlung*
MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 11 *Dies ist eine Behandlungsmaßnahme der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe.*
MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
- 12 *Die Durchführung von Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik ist Aufgabe der Mitarbeiter der Physiotherapie.*
MP16 - Ergotherapie/Arbeits therapie
- 13 *Das Ziel - größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags-, Schul- und Berufsleben - wird mittels verschiedener ergotherapeutischer Maßnahmen verfolgt. Hierfür bieten wir u. a. eine Lehrküche und eine Werkstatt an.*
MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 14 *Die manuelle Lymphdrainage ist die Leistung unserer Abteilung Physiotherapie.*
MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
- 15 *Mit regelmäßig stattfindenden Kursen werden Informationen und Wissenswertes rund um die Geburt, zur Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung etc. geboten.*

Med.pfleg. Leistungsangebot
MP06 - Basale Stimulation

16 *Die Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit schwer beeinträchtigter Menschen wird durch körperbezogene Kommunikation gefördert. Mit einfachen Möglichkeiten wird versucht, den Kontakt zu diesen Menschen aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung und ihren Mitmenschen zu ermöglichen.*

17 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

Unser Sozialdienst berät Angehörige in allen Fragen der Entlassung, Weiterbehandlung und Brückenpflege.

MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

18 *Mit der Nutzung von Broschüren, Informationsflyern und -aushängen, regelmäßig stattfindenden öffentlichen Veranstaltungen (Tag der offenen Tür, Monatsgespräch, Selbsthilfegruppen etc.) sowie der Homepage informiert das Krankenhaus zu verschiedenen Themen.*

MP62 - Snoezelen

19 *In unserer Geriatrie bieten wir für unsere Patienten einen eigenen Snoezelbereich an. Hierbei wird eine multisensorische Reizeinwirkung erzielt, die Anregung der Sinne gezielt gefördert sowie eine strukturierte Therapie ermöglicht.*

MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

20

Diese Leistungsangebote werden in der Fachabteilung Geriatrie durch Ergotherapeuten angeboten.

MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

21

Patienten und Angehörige können sich im Gespräch mit unserem Sozialdienst über Selbsthilfegruppen beraten lassen und zu einem ersten Kontakt vermittelt werden.

MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

22

Eine Diabetesassistentin steht zur Behandlung eines Diabetes mellitus zur Verfügung.

MP43 - Stillberatung

23

Die Hebammen und Krankenschwestern der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe unterstützen in allen Fragen rund um das Stillen. Eine Mitarbeiterin befindet sich in der Qualifikationsmaßnahme mit dem Schwerpunkt "Laktation und Stillen".

MP36 - Säuglingspflegekurse

24

Werdende Eltern erhalten zahlreiche Tipps und Informationen über die notwendige Erstausrüstung und den richtigen Umgang mit dem Neugeborenen.

MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

25

Wir bieten unseren Patienten die Möglichkeit einer externe Logopädin (sie ist Teil des geriatrischen Teams).

MP04 - Atemgymnastik/-therapie

26

Die Atemtherapie wird bei Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge und des Stimmapparates angewendet. Die Leistungen werden von der Pflege und der Physiotherapie erbracht.

MP45 - Stomatherapie/-beratung

27

Die Betreuung und Beratung von Patienten ist durch speziell geschultes Personal und ärztliche Mitarbeiter gegeben.

MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

28

Eine ärztlich verordnete Versorgung und Ausstattung mit Hilfsmitteln, technischen Hilfen und Körperersatzstücken wird von uns gewährleistet, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine bestehende Behinderung auszugleichen oder den Erfolg einer Behandlung zu sichern.

MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen

29

Moorpackungen, die Therapie mit Rotlicht und Eispacks stehen u.a. in der Abteilung für Physiotherapie zur Verfügung.

MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

30

Bei Bedarf steht konsiliarisch ein Psychologe und der Psychosozialdienst extern zur Verfügung.

MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

31

Im Bereich der Geriatrie wird die Schlucktherapie angeboten.

MP02 - Akupunktur

32

In unserer Einrichtung wird Akupunktur im Rahmen der Geburtsvorbereitung angewendet.

33 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 34 MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
 - Babymassage*
- 35 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 36 MP25 - Massage
- 37 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
 - wird über speziell ausgebildetes Personal angeboten*
- 38 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
- 39 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM02: Ein-Bett-Zimmer
 - Es stehen mehrere Einzelzimmer zur Verfügung. Bei ausreichender Kapazität kann dieses Angebot ermöglicht werden.*
- 2 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
 - Unsere Einrichtung kann mittels einer eigenen Küche durch kurze Informationswege schnell und unkompliziert auf Sonderwünsche reagieren.*
- 3 NM05: Mutter-Kind-Zimmer
 - Ein Mutter-Kind-Zimmer wird je nach Auslastung unserer Klinik angeboten.*
- 4 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
 - Eine Zwei-Bett-Belegung ist Standard in unserer Klinik, wenn von den Patienten keine andere Belegungsform gewünscht wird.*
- 5 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
 - Alle Patientenzimmer des Krankenhauses sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet.*
- 6 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
 - Dieses Leistungsangebot wird über externe Beauftragte gewährleistet.*
- 7 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
 - Je nach Verfügbarkeit kann die Mitaufnahme einer Begleitperson (Übernachtung und Verpflegung) auf Selbstzahlbasis erfolgen.*
- 8 NM07: Rooming-in
 - Rooming-in ist auf der Geburtshilfe generell integriert.*
- 9 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
 - Alle Patientenzimmer des Krankenhauses sind mit einer eigenen Nasszelle versehen.*
- 10 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
 - Auf der Website des Krankenhauses stehen Informationen zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten bereit.*
- 11 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
 - Dieses Leistungsangebot wird durch unseren Sozialdienst gewährleistet.*
- 12 NM68: Abschiedsraum
 - Bei Bedarf stellen wir sehr gern entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Mandy Gepel
Telefon	03632 67 511234
Fax	03632 67 1236
E-Mail	m.gepel@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
Barrierefreie Patientenzimmer inkl. Nasszellen stehen in unserem Krankenhaus zur Verfügung.
- 2 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
Große Beschilderungen und Wandbeschriftungen sollen unseren Patienten und Besuchern bei der Orientierung im Krankenhaus helfen.
- BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 3 *Unsere Klinik ist größtenteils barrierefrei gestaltet. Wenn es notwendig ist, stehen unsere Mitarbeiter generell unterstützend zur Verfügung.*
- 4 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
Unsere Aufzüge sind generell behindertengerecht.
- 5 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
In der gesamten Einrichtung sind Zeichen, um zu leiten, zu warnen oder zu informieren, vorhanden.
- 6 BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
Durch die Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung von Aufenthaltsräumen, die Verwendung von Orientierungshilfen sowie die Unterbringung von Bezugspersonen etc. sollen Menschen mit Demenz oder einer geistigen Behinderung Unterstützung zukommen.
- 7 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
Personelle Unterstützung erhalten Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung mit Hilfe der geriatrischen Abteilung.
- 8 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
Besteht ein Bedarf, werden externe Anbieter für die entsprechende Behandlungszeit einbezogen.
- 9 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
Die OP-Einrichtung ist auf eine Versorgung von Patienten bis zu 180 kg Körpergewicht abgestimmt.
- 10 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
Die Röntgenanlagen (z.B. CT, MRT) sind bis 150 kg Körpergewicht nutzbar.
- 11 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
Das Krankenhaus hält spezielle Untersuchungsgeräte wie Körperwaagen, Blutdruckmanschetten etc. vor.
- 12 BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
Unsere Mitarbeiter stehen Spezialbetten und Lagerungshilfen, sowie Patientenlifter für die Versorgung von Patienten mit besonderem Übergewicht oder einer besonderen Körpergröße unterstützend zur Verfügung.

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 13 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
Die Einrichtung verfügt über ein breites Sortiment von Anti-Thrombosestrümpfen. Darüber hinaus stehen pneumatische Manschetten zur Thromboseprävention zur Verfügung.
- 14 BF24 - Diätetische Angebote
Derartige Leistungsangebote werden vorgehalten
- 15 BF25 - Dolmetscherdienst
Im Intranet ist eine Dolmetscherliste aller fremdsprachigen Mitarbeiter hinterlegt. Diese können, je nach Verfügbarkeit, für Dolmetscherdienste hinzugezogen werden.
- 16 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
Bei Bedarf kann in unserer Gesundheitseinrichtung auf ärztliches und pflegerisches Personal vieler verschiedener Sprachgruppen zurückgegriffen werden.
- 17 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
*In unserem Haus sind rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher*innen vorhanden.*
- 18 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
*Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*
- 19 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
*Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*
- 20 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
In allen Aufzügen sind visuelle Anzeigen vorhanden.
- 21 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
*Der Zugriff auf Notrufmeldesysteme ist barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
- 1 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
Für Studenten, Famulanten und das Praktische Jahr stellen wir ein breites und ständig aktualisiertes Angebot zur Verfügung.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
- 1 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
Ausbildungsmöglichkeiten als Krankenpflegehelfer/in sind in unserer Gesundheitseinrichtung vorhanden.
- 2 HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
Die Ausbildungsmöglichkeit im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege besteht für mindestens drei Azubis pro Jahr.
- 3 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Diese Ausbildung gibt es seit 2020 und löst die bisherige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger ab.
- 4 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
Ausbildungsmöglichkeiten als Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) werden seit 2021 angeboten.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 169

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 6139
 Teilstationäre Fallzahl 27
 Ambulante Fallzahl 10285
 StäB. Fallzahl 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				37,47
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,47	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,47

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				22,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,2

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt 1

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				98,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	98,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	98,97

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				37,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,86

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				7,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,12

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				5,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,15

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				7,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,39

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,03

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt				14,55
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,22	Ohne	6,33
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,55

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				6,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,41	Ohne	6,33
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,74

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				3,93
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,93

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				4,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,04

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				9,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,03

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,34
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,34

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik

Gesamt				1,64
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,64

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,04

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Gesamt				0,97
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				1,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,92

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Sarah Theresa Klaus
Telefon	03634 52 1532
Fax	03634 52 1228
E-Mail	S.Klaus@kmg-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführer, Qualitätsmanagement, Ärztlicher Leiter, Leitende Pflegekraft
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Risikomanagement Handbuch
Letzte Aktualisierung: 30.01.2020
- 2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** LL_Notfallmanagement
Letzte Aktualisierung: 15.05.2023
RM05: Schmerzmanagement
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Schmerzmanagement
Letzte Aktualisierung: 27.03.2023
RM06: Sturzprophylaxe
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Sturzprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 14.11.2022
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 28.02.2022
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Einweisung Medizinprodukte
Letzte Aktualisierung: 06.04.2021
- 8 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Anästhesie Aufwachraum
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

RM18: Entlassungsmanagement

15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Patiententlassung

Letzte Aktualisierung: 22.05.2019

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Tumorkonferenzen

Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Instrument bzw. Maßnahme

IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen

1

Frequenz: bei Bedarf

IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von

2 Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem

Frequenz: bei Bedarf

IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor

3

Letzte Aktualisierung: 06.07.2022

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Maßnahmenplanung je nach geschildertem Sachverhalt nach Klassifizierung über Risikomatrix.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

Bezeichnung

1 EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Zuständigkeit für die KMG Klinikum Thüringen Brandenburg gGmbH

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Zweimal 0,5 VK

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	16

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Achim von Moltke
Telefon	03632 67 1117
Fax	03632 67 1019
E-Mail	a.vonmoltke@kmg-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 19,45

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 183

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE Netzwerk Kyffhäuser Kreis <i>Moderator der Netzwerk-Veranstaltungen ist das Gesundheitsamt Sondershausen.</i>
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich <i>Die Schulungen wurden in 2021 Pandemie-bedingt auf ein Minimum reduziert, da die Corona-Arbeitsschutz-Verordnung Zusammenkünfte auf das für den "Betrieb unbedingt notwendige Maß" begrenzte.</i>
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: bei Bedarf
4	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>Teilnahme am "ITS-KISS", "HAND-KISS" und "MRSA-KISS" des Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ).</i>

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS

Teilnahme an der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance des RKI (RKI-AVS) - Dateneingabe wie bei KISS über Portal Webkess

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja <i>IntranetPatientenbefragungsbogen</i>
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementsbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Sarah Theresa Klaus
Telefon	03634 52 1532
Fax	03634 52 1228
E-Mail	S.Klaus@kmg-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Waltraud Ulrich
Telefon	034671 65 0
Fax	034671 65 129
E-Mail	w.ulrich@kmg-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Achim von Moltke
Telefon	03632 67 1117
Fax	03632 67 1019
E-Mail	a.vonmoltke@kmg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Kooperation mit externer Apotheke, Waisenhausapotheke Halle/Saale

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

- | # | Instrument bzw. Maßnahme |
|---|--|
| 1 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung |
| 2 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von |
| 3 | Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 4 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
		Ja
1	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> <i>In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i> Ja
2	AA08 - Computertomograph (CT)	<i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i> <i>In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i> Ja
3	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	<i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> Ja
4	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i> Ja
5	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	<i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i> Keine Angabe erforderlich
6	AA50 - Kapselendoskop	<i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Ja

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500-03] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Das Ärzte- u. Pflegeteam der Klinik für Allgemein- u. Viszeralchirurgie bietet Ihnen eine angenehme und professionelle stationäre Behandlung in einer sehr freundlichen Atmosphäre.

Mit dem Einsatz moderner Technik können wir konservativ und operativ das gesamte Spektrum der Allgemein- u. Viszeralchirurgie abdecken. Wir streben eine individuell auf die Bedürfnisse jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten abgestimmte Therapie nach den neuesten Leitlinien an.

Unser Haus verfügt über eine Endoskopieabteilung, in der unsere Patient*innen im Rahmen der Vorsorge oder bei Beschwerden endoskopisch untersucht werden können. Für Notfälle steht ein 24h-Endoskopie-Bereitschaftsteam zur Verfügung.

In enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den gastroenterologischen Kolleg*innen bieten wir die Diagnostik und Therapie bei gutartigen sowie auch bösartigen Erkrankungen der Gallenblase, Gallenwege, Leber und Bauchspeicheldrüse. Die Schwerpunkte unserer operativen Therapie liegen in der minimal invasiven Chirurgie. Alle Patient*innen mit bösartigen Tumoren werden in einem Tumorboard besprochen, um ein individuelles und patientenangepasstes Behandlungskonzept zu erstellen

Minimal Invasive Chirurgie (Schlüssellochchirurgie; Knopflochchirurgie; Laparoskopische Chirurgie)

Die Minimal-invasive Chirurgie nimmt in unserem Krankenhaus einen hohen Stellenwert ein.

Durchgeführt werden:

- Appendektomie (Entfernung des Wurmfortsatzes bei Entzündung)
- Entfernung des Dickdarmes bei entzündlichen Erkrankungen (z. B. bei Divertikelkrankheit) und Tumoren
- Reparation von Zwerchfellbrüchen (Hiatushernie) und Refluxerkrankung
- Operationen bei Magendurchbruch
- Operationen bei Verwachsungen des Bauchfelles
- Operationen zur Klärung unklarer Bauchbeschwerden
- Rendezvous - Verfahren zusammen mit der Endoskopieabteilung

Tumorchirurgie (Onkologische Chirurgie)

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt ist die Tumorchirurgie aller Bauchorgane. Die Operationen werden mit modernster Technik nach den aktuell gültigen Leitlinien durchgeführt.

Durchgeführt werden Operationen bei Tumorerkrankungen:

- des Magens
- des Dünndarmes
- des Dickdarmes und Enddarmes
- der Gallenblase, der Gallengänge und der Bauchspeicheldrüse
- Operationen bei Lebermetastasen
- Portimplantationen bei geplanter Chemotherapie

In enger Zusammenarbeit mit Onkologen und Strahlentherapeuten sowie den Hausärzten wird eine umfassende Betreuung und Weiterbehandlung der Patienten auch nach der Operation gesichert. Auch die weitere Tumornachsorge kann zum Teil ambulant in unserem Hause durchgeführt werden.

Schilddrüsenchirurgie (Operation bei Strumaerkrankung)

An unserem Hause werden operative Behandlungen bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen durchgeführt. Hierbei kommt modernste Technik zum Einsatz. Zur sicheren Darstellung des Stimmbandnerven verwenden wir ein spezielles Gerät (Neuromonitoring).

Hernienchirurgie (Operationen bei Leistenbrüchen, Bauchwandbrüchen und Narbenbrüchen)

Auch auf dem Gebiet der Hernienchirurgie verfügen wir über große Erfahrungen.

Durchgeführt werden:

- Operationen bei Leistenbrüchen, mit und ohne Verwendung eines Kunststoffnetzes, auch als minimal-invasives Verfahren.
- Operationen bei Bauchwandbrüchen und Narbenbrüchen ebenfalls unter Verwendung eines Kunststoffnetzes bei größeren Brüchen.

Proktologische Operationen (Operationen am Enddarmbereich)

In enger Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Proktologen werden an unserem Hause zum Teil hochspezialisierte Operationen des Enddarmes durchgeführt.

Hierzu gehören:

- Hämorrhoidenoperationen mit Stapler
- Operationen bei Enddarmvorfällen mit plastischen Rekonstruktionen
- Resektionen des Enddarmes mittels Stapler bei chronischen Stuhlentleerungsstörungen (Rectocele), STARR-Operation
- Operationen bei Einrissen (Fissur) des Enddarmes
- Operationen bei Fisteln zwischen Enddarm und Haut sowie Enddarm und Scheide (Rectovaginale Fisteln)

Notfallchirurgie (24 Stunden)

Für akute chirurgische Erkrankungen steht rund um die Uhr ein erfahrenes Operationsteam zur Verfügung.

Zu den häufigsten Notfällen gehören:

- Appendizitis (Wurmfortsatzentzündung)
- Ileus (Darmverschluss)
- Perforation bei Ulcus (Durchbruch eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs)
- akute Cholecystitis (Entzündungen der Gallenblase)
- eingeklemmte Hernien (Leistenbrüche, Bauchwandbrüche, Narbenbrüche)
- Operationen bei polytraumatisierten Patienten (z. B. Milzverletzung)

Chirurgische Endoskopie

Wir verfügen über eine moderne Endoskopieabteilung. Hier wird nicht nur die Diagnostik von Magen-Darm-Erkrankungen durchgeführt, sondern es werden auch therapeutische Eingriffe vorgenommen. Für akut durchzuführende Eingriffe, z. B. bei gastrointestinalen Blutungen (Magen-Darm-Blutungen), steht 24 Stunden ein Bereitschaftsteam zur Verfügung.

In der Abteilung können folgende Eingriffe durchgeführt werden:

- Koloskopie (Darmspiegelung)

- Entfernung von kleinen Tumoren
- Behandlung entzündlicher Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikulitis)
- Anlage einer Magensonde zur Ernährung (PEG)
- Eingriffe zur Erweiterung von Engstellen im Magen-Darm-Trakt bei entzündlichen und Tumorerkrankungen, z. B. Bougierung (Aufdehnung) und Einlage von Stents (Platzhaltern)
- Rendezvous-Verfahren zusammen mit Laparoskopie
- Gastroskopie (Magenspiegelung)
- Cholecystektomie (Entfernung der Gallenblase bei Steinleiden)
- 24 Stunden Bereitschaft bei gastrointestinalen Blutungen

B-[1500-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-03].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Cheförztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gunter Bauer
Telefon	03632 67 1101
Fax	03632 67 1017
E-Mail	g.bauer@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

B-[1500-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[1500-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 2 VC63 - Amputationschirurgie
- 3 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 4 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 5 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 6 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 7 VC62 - Portimplantation
- 8 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 9 VC24 - Tumorchirurgie
- 10 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 11 VC00 - („Sonstiges“): chirurgische Endoskopie
- 12 VC71 - Notfallmedizin

B-[1500-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1014
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	76
2	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	50
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	42
4	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	35
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	30
6	K36	Sonstige Appendizitis	28
7	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	24
8	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	23
9	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
10	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	22
11	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	21
12	N20.0	Nierenstein	20
13	K29.6	Sonstige Gastritis	19
14	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	18
15	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	18
16	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
17	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	16
18	D12.6	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	15
19	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	13
20	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	13
21	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	13
22	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	12
23	K61.2	Anorektalabszess	11
24	D12.8	Gutartige Neubildung: Rektum	11
25	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	9
26	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	9
27	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	9
28	K61.0	Analabszess	9
29	N20.1	Ureterstein	9
30	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7

B-[1500-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	119
2	K40	Hernia inguinalis	92
3	K57	Divertikulose des Darmes	76
4	K35	Akute Appendizitis	56
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	42
6	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	40
7	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	37
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	32
9	N20	Nieren- und Ureterstein	30
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	30
11	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	30
12	K36	Sonstige Appendizitis	28
13	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	26
14	K29	Gastritis und Duodenitis	25
15	K43	Hernia ventralis	25
16	K42	Hernia umbilicalis	22
17	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	22
18	L05	Pilonidalzyste	12
19	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	12
20	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	10
21	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	9
22	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
23	D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	9
24	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9
25	E04	Sonstige nichttoxische Struma	7
26	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	7
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6
28	K44	Hernia diaphragmatica	6
29	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	6
30	K81	Cholezystitis	6

B-[1500-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	219
2	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	150
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	126
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	112
5	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	107
6	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	76
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	69
8	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	67
9	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	59
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	57
11	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	57
12	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	55
13	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	52
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	50
15	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	34
16	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	29
17	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	28
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	27
19	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	25
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	25
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	24
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	23
23	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	21
24	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	20
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	18
26	1-653	Diagnostische Proktoskopie	18
27	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	18
28	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	17
29	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	16
30	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	16

B-[1500-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	219
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	194
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	167
4	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	147
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	131
6	5-511	Cholezystektomie	117
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	93
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung	90
9	5-469	Andere Operationen am Darm	89
10	5-470	Appendektomie	78
11	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	68
12	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	59
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	57
14	5-549	Andere Bauchoperationen	55
15	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	37
16	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	37
17	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	36
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	30
19	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	27
20	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	25
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	25
22	5-916	Temporäre Weichteildeckung	24
23	8-900	Intravenöse Anästhesie	23
24	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	22
25	1-654	Diagnostische Rektoskopie	21
26	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	19
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	18
28	1-653	Diagnostische Proktoskopie	18
29	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	18
30	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	18

B-[1500-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz Notfallambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[1500-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[1500-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	22
2	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	20
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	12
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	10
5	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	8
6	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	7
7	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	5
8	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
9	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	< 4
10	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
11	5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
12	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
13	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	< 4
14	5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	< 4
15	5-795.kb	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4
16	5-793.26	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	< 4
17	5-787.31	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerus proximal	< 4
18	5-859.1a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Fuß	< 4
19	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
20	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
21	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4
22	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
23	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
24	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
25	5-787.1h	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femur distal	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
26	5-787.05	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radiuschaft	< 4
27	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4

B-[1500-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	33
2	5-640	Operationen am Präputium	22
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	19
4	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	6
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	4
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
9	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
10	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
11	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
12	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
13	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
14	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
15	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
16	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
17	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4

B-[1500-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[1500-03].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	6,37	Fälle je VK/Person	159,183685	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,37
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt	3,6	Fälle je VK/Person	281,666656	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,6

B-[1500-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
- 2 AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
- 2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[1500-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		8,88	Fälle je VK/Person	114,189194
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,88

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,94	Fälle je VK/Person	522,6804
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,94

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		1,82	Fälle je VK/Person	557,1428
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,82

B-[1500-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung

B-[1500-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP16 - Wundmanagement
Nach ICW
- 2 ZP03 - Diabetes
Diabetesberatung

B-[1500-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400-03] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Unsere Abteilung für Gynäkologie verfügt über das gesamte Spektrum diagnostischer Verfahren. Die konservativen und operativen Behandlungen orientieren sich an erprobten Standards unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen und Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften.

Oft führen verschiedene Therapieansätze zur Wiederherstellung der Gesundheit. Daher sind wir stets bemüht, für jede Frau einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen.

Ein Netzwerk, in das verschiedene Fachdisziplinen sowie unsere niedergelassenen Kolleg*innen integriert sind, gestattet uns kurze Informationswege und schnelle Behandlungsentscheidungen.

In unserer Abteilung Geburtshilfe gewährleistet wird eine individuelle Betreuung mit einem hohem Maß an Sicherheit durch unsere erfahrenen Hebammen und Geburtshelfer sowie unsere moderne Medizintechnik.

Ein eventuell notwendig werdender Kaiserschnitt wird in Regionalanästhesie und ggf. in Anwesenheit des Partners durchgeführt.

Wir verfügen über ein individuelles Rooming-in-System mit neuen patentierten Kinderbetten zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung.

Die regelgerechte Entwicklung der Neugeborenen wird durch unsere Kinderärzt*innen beurteilt.

B-[2400-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-03].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dipl.-Med. Thoralf Amse

Telefon

03632 67 1103

Fax

03632 67 1018

E-Mail

t.amse@kmg-kliniken.de

Strasse

Hospitalstraße

Hausnummer

2

PLZ

99706

Ort

Sondershausen

URL

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/>

B-[2400-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[2400-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
Jederzeit möglich.
 - 2 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
Eine Ermächtigungssprechstunde ist für die Abklärung gutartiger und bösartiger Erkrankungen eingerichtet. Diese Sprechstunde wird vom Chefarzt angeboten.
 - 3 VR02 - Native Sonographie
 - 4 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
 - 5 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
 - 6 *Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit können wir bösartige Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane diagnostizieren und entsprechend der Leitlinien therapieren (medikamentös, operativ).*
VG16 - Urogynäkologie
 - 7 *Mit dem Schwerpunkt: Inkontinenz/Beckenboden.*
VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
Wird ein umfangreiches diagnostisches und operatives Spektrum vorgehalten.
 - 8 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
 - 9 *Inklusive der Nutzung der Naturheilverfahren.*
VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG07 - Inkontinenzchirurgie
 - 10 *Neben konventionellen Therapien werden standardisierte Verfahren angeboten, dazu zählen u.a. medikamentöse und operative Therapien (TVT und TVTO).*
VG05 - Endoskopische Operationen
 - 11 *Bieten ein umfangreiches Spektrum an Therapien bei Erkrankungen der Eierstöcke, Eileiter und Gebärmutter an.*
VG15 - Spezialsprechstunde
 - 12 *im Rahmen der Ermächtigung bietet die OÄ Rößner eine geburtsvorbereitende Abklärungssprechstunde an.*
VG06 - Gynäkologische Chirurgie
 - 13 *Vor allem im Bereich der gynäkologischen Onkologie.*
VG19 - Ambulante Entbindung
 - 14 *Nach Absprache und bei unauffälligem Untersuchungsbefund von Mutter und Kind jederzeit möglich.*
VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
 - 15 *Wird im Rahmen der Ermächtigungssprechstunde vom Chefarzt angeboten.*
VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
 - 16 *Im Rahmen der Versorgung der Geburten ab der 37. SSW möglich.*
 - 17 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

B-[2400-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	943
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	259
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	59
3	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	44
4	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	30
5	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	24
6	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	19
7	O20.0	Drohender Abort	17
8	O48	Übertragene Schwangerschaft	17
9	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	17
10	O41.0	Oligohydramnion	14
11	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	13
12	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	13
13	N84.0	Polyp des Corpus uteri	12
14	N81.1	Zystozele	12
15	O62.0	Primäre Wehenschwäche	11
16	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	11
17	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	10
18	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	9
19	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	8
20	N95.0	Postmenopausenblutung	8
21	N76.4	Abszess der Vulva	8
22	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	8
23	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	7
24	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	7
25	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	7
26	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	6
27	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	6
28	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	6
29	N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	6
30	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	6

B-[2400-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	263
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	59
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	46
4	O62	Abnorme Wehentätigkeit	42
5	N81	Genitalprolaps bei der Frau	29
6	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	27
7	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	26
8	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	24
9	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	23
10	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	23
11	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	20
12	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	19
13	O48	Übertragene Schwangerschaft	17
14	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	15
15	O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	14
16	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	14
17	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	13
18	D25	Leiomyom des Uterus	13
19	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	12
20	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	10
21	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9
22	N70	Salpingitis und Oophoritis	9
23	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	8
24	N95	Klimakterische Störungen	8
25	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	8
26	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	8
27	O03	Spontanabort	7
28	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	7
29	N80	Endometriose	7
30	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	7

B-[2400-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	408
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	248
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	181
4	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	162
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	132
6	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	80
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	48
8	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	45
9	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	38
10	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	37
11	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	35
12	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	29
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	28
14	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	28
15	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	27
16	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	27
17	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	24
18	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	22
19	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	22
20	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	21
21	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	19
22	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	17
23	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	16
24	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	16
25	5-681.33	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch	15
26	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	15
27	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	15
28	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	15
29	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	15
30	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	13

B-[2400-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	408
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	285
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	181
4	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	162
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	132
6	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	80
7	5-749	Andere Sectio caesarea	67
8	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	66
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	63
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	48
11	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	38
12	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	37
13	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	35
14	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	33
15	5-740	Klassische Sectio caesarea	31
16	5-469	Andere Operationen am Darm	29
17	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	28
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	28
19	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	27
20	5-661	Salpingektomie	26
21	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	23
22	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	22
23	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	21
24	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	19
25	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	19
26	5-738	Episiotomie und Naht	17
27	5-653	Salpingoovariektomie	17
28	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	15
29	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	14
30	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	13

B-[2400-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gynäkologische, geburtshilfliche und onkologische Ambulanz <i>urogynäkologische Sprechstunde/interdisziplinärer Schwerpunkt Inkontinenz/Beckenboden</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[2400-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2400-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2400-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	101
2	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	82
3	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	30
4	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	21
5	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	18
6	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	12
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
8	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	9
9	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	6
10	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	4
11	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	4
12	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	4
13	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
14	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	< 4
15	5-663.42	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
16	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
17	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
18	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
19	1-502.5	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	< 4
20	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
21	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

B-[2400-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	115
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	101
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	30
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	18
5	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	9
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
8	5-671	Konisation der Cervix uteri	6
9	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	5
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
11	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
12	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
13	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
14	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
15	5-661	Salpingektomie	< 4
16	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4

B-[2400-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[2400-03].11 Personelle Ausstattung

B-[2400-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	2,38	Fälle je VK/Person	396,218475
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	2,38
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	1,4	Fälle je VK/Person	673,5714
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	1,4

B-[2400-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2400-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,62	Fälle je VK/Person	204,112564
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,62

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,66	Fälle je VK/Person	166,607773
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,66

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,08	Fälle je VK/Person	11787,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,08

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,93	Fälle je VK/Person	239,949112
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,93

B-[2400-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

3 PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

4 PQ16 - Familienhebamme

5 PQ20 - Praxisanleitung

B-[2400-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

1 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[2400-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0200-03] Klinik für Geriatrie

B-[0200-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Geriatrie

Im Vordergrund einer geriatrischen Behandlung steht die Absicht, akut erkrankten Menschen, die sich im fortgeschrittenen Lebensalter befinden und daher oft mehrere Begleiterkrankungen besitzen, die speziell für sie geeignete Diagnostik, Therapie und Pflege zukommen zu lassen.

In unserer Klinik für Geriatrie arbeiten mehrere Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung zusammen. Dazu gehören geriatrisch ausgebildete Ärzt*innen, Schwestern und Pfleger, konsiliarisch tätige Ärzt*innen verschiedener anderer Fachabteilungen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen sowie Mitarbeiter*innen der Fachgebiete Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Diätetik.

Zu unseren Behandlungsschwerpunkten zählen u. a.:

- Schlaganfälle und akute Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen, Sprach-, Schluck- oder Bewusstseinsstörungen
- Zustand nach Stürzen zur Abklärung der Sturzursache
- konservativ oder operativ versorgte Knochenbrüche im Anschluss an die chirurgische Behandlung (z. B. Schenkelhalsbruch)
- erfolgte Implantation von Endoprothesen (z. B. Hüft- oder Kniegelenkersatz)
- akut erkrankte, verwirrte ältere Menschen oder Demenzkranke
- alterstypische internistische Erkrankungen mit drohender Immobilität und Einbuße an Alltagskompetenz
- verzögerte Erholung nach schwerem oder langwierigen Krankheitsverlauf
- Ernährungsstörungen im Alter

Ziele unserer Behandlung:

- Verbesserung der Mobilität
- Wiedererlangung bzw. Zunahme von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Vermeidung oder Verminderung von dauerhafter Pflegebedürftigkeit
- Entlassung in eine Umgebung, die eine möglichst unabhängige Lebensführung ermöglicht

B-[0200-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
 1 0200 - Geriatrie

B-[0200-03].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Med. Jürgen Bruncke
Telefon	03632 67 1241
Fax	03632 67 1242
E-Mail	j.bruncke@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

B-[0200-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0200-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 3 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 4 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 5 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 6 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 7 VR04 - Duplexsonographie
- 8 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 9 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
- 10 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 11 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 12 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 13 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 14 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 15 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 16 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 17 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 18 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 19 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 20 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 21 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 22 VI44 - Geriatriische Tagesklinik
- 23 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 24 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 25 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 26 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 27 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 28 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 29 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 30 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 31 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 32 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 33 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

- # Medizinische Leistungsangebote
- 34 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 35 VI42 - Transfusionsmedizin
- 36 VI40 - Schmerztherapie
- 37 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 38 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 39 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 40 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 41 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 42 VI35 - Endoskopie
- 43 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 44 VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
- 45 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 46 VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- 47 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 48 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- 49 VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 50 VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 51 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 52 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 53 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 54 VR16 - Phlebographie
- 55 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 56 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 57 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 58 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 59 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 60 VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- VC01 - Koronarchirurgie
- 61 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 62 VC03 - Herzklappenchirurgie
- 63 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 64 VC05 - Schrittmachereingriffe
- 65 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 66 VC06 - Defibrillatöreingriffe
- 67 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 68 VC10 - Eingriffe am Perikard
- 69 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 70 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 71 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 72 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 73 *im Rahmen der Nachbehandlung*
- 74 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 75 *im Rahmen der Nachbehandlung*

- # Medizinische Leistungsangebote
- 69 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 70 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 71 VC24 - Tumorchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 72 VC68 - Mammachirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 73 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
im Rahmen der Nachbehandlung
- 74 VC30 - Septische Knochenchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 75 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
im Rahmen der Nachbehandlung
- 76 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 77 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
im Rahmen der Nachbehandlung
- 78 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
im Rahmen der Nachbehandlung
- 79 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
im Rahmen der Nachbehandlung
- 80 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 81 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 82 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
im Rahmen der Nachbehandlung
- 83 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
im Rahmen der Nachbehandlung
- 84 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
im Rahmen der Nachbehandlung
- 85 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 86 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
im Rahmen der Nachbehandlung
- 87 VC63 - Amputationschirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 88 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 89 VO19 - Schulterchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung

#	Medizinische Leistungsangebote
90	VC43 - Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis) <i>im Rahmen der Nachbehandlung</i>
91	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule <i>im Rahmen der Nachbehandlung</i>
92	VI00 - („Sonstiges“): fiberendoskopische Dysphagie-Diagnostik

B-[0200-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	551
Teilstationäre Fallzahl	27

B-[0200-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	38
2	R26.3	Immobilität	36
3	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	32
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	23
5	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	20
6	E86	Volumenmangel	18
7	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	16
8	I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	15
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	10
10	S32.5	Fraktur des Os pubis	9
11	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	8
12	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
13	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	6
14	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	6
15	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	6
16	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	6
17	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	6
18	M54.4	Lumboischialgie	6
19	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	5
20	I63.4	Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien	5
21	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	5
22	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	5
23	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	5
24	S32.1	Fraktur des Os sacrum	5
25	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	4
26	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	4
27	I35.0	Aortenklappenstenose	4
28	S32.4	Fraktur des Acetabulums	4
29	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	4
30	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	4

B-[0200-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	153
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	41
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	36
4	I63	Hirnfarkt	29
5	E86	Volumenmangel	18
6	I50	Herzinsuffizienz	18
7	M54	Rückenschmerzen	16
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	15
9	S06	Intrakranielle Verletzung	14
10	I21	Akuter Myokardinfarkt	9
11	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	8
12	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	8
13	M48	Sonstige Spondylopathien	7
14	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
15	S52	Fraktur des Unterarmes	7
16	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	7
17	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6
18	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	6
19	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6
20	N17	Akutes Nierenversagen	6
21	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	6
22	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	5
23	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	4
24	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	4
25	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	4
26	K57	Divertikulose des Darmes	4
27	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
29	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	< 4
30	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	< 4

B-[0200-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0200-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	485
2	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	169
3	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	102
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	92
5	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	58
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	58
7	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	58
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	52
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	48
10	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	48
11	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	38
12	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	30
13	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	23
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	22
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	15
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	13
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	13
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
20	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
21	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
22	3-202	Native Computertomographie des Thorax	6
23	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	6
24	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	6
25	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	6
26	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	6
27	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	5
28	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	5
29	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	5
30	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	5

B-[0200-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	566
2	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	271
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	236
4	9-401	Psychosoziale Interventionen	66
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	52
6	8-854	Hämodialyse	48
7	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	38
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	30
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	24
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	13
11	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	13
12	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	9
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	8
15	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	8
16	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	6
18	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	6
19	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	6
20	3-202	Native Computertomographie des Thorax	6
21	3-206	Native Computertomographie des Beckens	5
22	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5
23	5-431	Gastrostomie	5
24	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	5
25	1-650	Diagnostische Koloskopie	5
26	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
27	8-390	Lagerungsbehandlung	4
28	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	4
29	5-449	Andere Operationen am Magen	4
30	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4

B-[0200-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0200-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM08 -	Zentrale Notaufnahme
1	Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>

B-[0200-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[0200-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0200-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0200-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0200-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[0200-03].11 Personelle Ausstattung**B-[0200-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	183,666672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	3
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3	Fälle je VK/Person	183,666672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	Stationär	3

B-[0200-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin

B-[0200-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie

B-[0200-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,64	Fälle je VK/Person	51,78571
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,64

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,85	Fälle je VK/Person	143,1169
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,85

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	551
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	275,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

B-[0200-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung

B-[0200-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP16 - Wundmanagement
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP07 - Geriatrie
- 3 *nach Zercur*
- 4 ZP25 - Gerontopsychiatrie
- 5 ZP03 - Diabetes

B-[0200-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-03] Klinik für Innere Medizin

B-[0100-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin

Als Abteilung sind wir sehr breit aufgestellt und behandeln das gesamte Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin. Gerade bei unklaren Symptomen, die nicht eindeutig einem bestimmten Fachbereich zugeordnet werden können, haben wir die Möglichkeit, alle notwendigen Untersuchungen durchzuführen, so dass wir rasch zu einer genauen Diagnose bei unseren Patient*innen kommen können.

Durch unsere Spezialisierung auf dem Gebiet der Gastroenterologie liegt ein besonderes Augenmerk unserer Klinik auf Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse, der Gallenwege und der Leber. Wir bieten für diese Organe ein breites diagnostisches und therapeutisches Spektrum an - auch als ambulante Leistung. Gerade in diesem Fachgebiet sind durch eine ständige Weiterentwicklung der Medizintechnik endoskopische Leistungen möglich geworden, durch die wir ein operatives Vorgehen oftmals vermeiden können. Sollte ein solches Vorgehen dennoch erforderlich sein, ist dies durch eine enge Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung in unserem Hause problemlos möglich.

B-[0100-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-03].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Achim von Moltke
Telefon	03632 67 1117
Fax	03632 67 1019
E-Mail	a.vonmoltke@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

B-[0100-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0100-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
- 2 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 3 VR04 - Duplexsonographie
- 4 VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 5 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 6 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 7 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 8 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 9 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 10 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 11 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 12 VR06 - Endosonographie
- 13 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
- 14 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 15 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 16 VI40 - Schmerztherapie
- 17 VR02 - Native Sonographie
- 18 VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
- 19 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 20 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 21 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 22 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 23 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 24 VI35 - Endoskopie
- 25 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- 26 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 27 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 28 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
- 29 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 30 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 31 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 32 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 33 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 34 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
- 35 VC71 - Notfallmedizin
- 36 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 37 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 38 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 39 VU14 - Spezialsprechstunde
- 40 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 41 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 42 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane

#	Medizinische Leistungsangebote
43	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
44	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
45	VU15 - Dialyse
46	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
47	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
48	VI20 - Intensivmedizin
49	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
50	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
51	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
52	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
53	VI34 - Elektrophysiologie
54	VI39 - Physikalische Therapie
55	VI42 - Transfusionsmedizin

B-[0100-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2084
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	142
2	E86	Volumenmangel	131
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	115
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	62
5	R55	Synkope und Kollaps	61
6	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	59
7	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	57
8	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	37
9	K29.6	Sonstige Gastritis	36
10	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	34
11	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	34
12	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	33
13	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	32
14	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	32
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	30
16	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	30
17	J44.19	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	29
18	D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	28
19	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	24
20	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	20
21	R42	Schwindel und Taumel	18

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	17
23	J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	17
24	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	16
25	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	16
26	I95.1	Orthostatische Hypotonie	16
27	R11	Übelkeit und Erbrechen	15
28	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	15
29	R50.88	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber	14
30	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	13

B-[0100-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	167
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	144
3	E86	Volumenmangel	131
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	74
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	62
6	R55	Synkope und Kollaps	61
7	J20	Akute Bronchitis	60
8	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	57
9	K29	Gastritis und Duodenitis	57
10	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	54
11	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	54
12	I63	Hirnfarkt	38
13	D50	Eisenmangelanämie	37
14	I21	Akuter Myokardinfarkt	37
15	K80	Cholelithiasis	36
16	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	33
17	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	32
18	D64	Sonstige Anämien	29
19	R07	Hals- und Brustschmerzen	24
20	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	23
21	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	23
22	N17	Akutes Nierenversagen	21
23	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	21
24	K25	Ulcus ventriculi	19
25	K57	Divertikulose des Darmes	19
26	R42	Schwindel und Taumel	18
27	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17
28	N18	Chronische Nierenkrankheit	16
29	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	16

30 K92 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems 16

B-[0100-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	384
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	342
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	326
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	309
5	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	227
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	217
7	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	214
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	192
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	188
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	174
11	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	140
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	125
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	110
14	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	96
15	3-202	Native Computertomographie des Thorax	95
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	87
17	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	71
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	66
19	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	58
20	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	57
21	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	51
22	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	46
23	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	44
24	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	44
25	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	42
26	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	40
27	3-843.0	Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	36
28	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	35
29	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	30

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	22

B-[0100-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1224
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	388
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	326
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	309
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	217
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	193
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	188
8	9-401	Psychosoziale Interventionen	146
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	134
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	101
11	3-202	Native Computertomographie des Thorax	95
12	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	91
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	87
14	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	66
15	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	57
16	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	51
17	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	46
18	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	46
19	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	45
20	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	44
21	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	43
22	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	36
23	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	35
24	5-469	Andere Operationen am Darm	27
25	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	25
26	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	22
27	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	21
28	5-449	Andere Operationen am Magen	21
29	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	15
30	5-431	Gastrostomie	15

B-[0100-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM11 - Vor- und	
1	nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Prästationäre Sprechstunde (Gastroenterologie / Hepatologie)</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden</i>

B-[0100-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	842
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	288
3	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	169
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	156
5	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	82
6	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	46
7	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	30
8	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	8

B-[0100-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	1160
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	259
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	202

B-[0100-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[0100-03].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,36	Fälle je VK/Person	183,450714
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,36

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,6	Fälle je VK/Person	578,8889
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,6

B-[0100-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ23 - Innere Medizin
 - 2 AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0100-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,48	Fälle je VK/Person	198,854965
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,48

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,46	Fälle je VK/Person	4530,43457
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,46

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,36	Fälle je VK/Person	883,0509
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,36

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2084
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[0100-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ20 - Praxisanleitung

B-[0100-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP16 - Wundmanagement
nach ICW/DGfW
- 2 ZP20 - Palliative Care

B-[0100-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600-03] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[3600-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Das Aufklärungsgespräch beim Anästhesisten bildet die Grundlage für eine gute patientenspezifische Narkose. Dabei werden Begleiterkrankungen und spezielle Risiken vom Arzt in Erfahrung gebracht. Um das Narkoserisiko zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen, können hier, wenn nötig, weiterführende Untersuchungen veranlasst werden. Abschließend wird Ihnen das optimale Narkoseverfahren für Ihren Eingriff erläutert sowie alle möglichen Risiken und Nebenwirkungen dargestellt.

Unsere Ärzte und speziell geschulte Pflegekräfte überwachen Sie während der Operation. Wir verfügen über modernste Narkose- und Überwachungsgeräte. Nach der Narkose werden Sie von uns bis zum Erwachen in einem Aufwachraum individuell betreut.

Das Leistungsspektrum der modern eingerichteten interdisziplinären Intensivstation umfasst die gesamte Intensivmedizin mit Hilfe aller modernen invasiven und nicht-invasiven Überwachungstechniken:

- Intensivpflege auf neuestem Stand
- invasive und nicht invasive Beatmung
- Akutdialyse
- Lungendiagnostik (Brochoskopie)
- kinetische Lagerungstherapie
- perioperative Schmerztherapie

Die Aufgabe der Intensivstation besteht darin, Schwerstkranke aller Fachbereiche sowie Patient*innen nach Operationen Tag und Nacht mit maximalen Einsatz moderner Medizin zu betreuen. Die Intensivmedizin ermöglicht heute das Überleben nach schwersten Unfällen, großen Operationen, Herzinfarkten, Lungenentzündungen und anderen schweren und schwersten Krankheitsbildern.

B-[3600-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 3600 - Intensivmedizin

B-[3600-03].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Olaf Rose
Telefon	03632 67 1105
Fax	03632 67 1032
E-Mail	o.rose@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

B-[3600-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[3600-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
VI20 - Intensivmedizin
- 1 *Durchführung aller gängigen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Unterstützung versagender Organsysteme (Organersatzverfahren wie Beatmung, Dialyse, Kreislaufstützung)*
VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 2 *Behandlung der Folgen des schweren allergischen Schocks mit Atemnot und Kreislaufversagen.*
VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 3 *In Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Kardiologie findet die Behandlung des akuten Herzinfarktes mittels Lysetherapie (Auflösung des Thrombus) statt.*
VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 4 *In fachübergreifender Zusammenarbeit finden Behandlungen der Folgen der Hochdruckkrankheit des Herzens und speziell der akuten Lungenembolie (Verstopfung eines Gefäßes der Lunge mit einem Blutgerinnsel, dem sog. Thrombus) statt. Durchführung der Lysetherapie (Auflösung des Thrombus mit Medikament)*
VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 5 *Behandlung der Spätformen des Herzversagens verschiedener Ursachen (z.B. Bluthochdruck, Erkrankungen der Herzklappen, Hochdruck in den Lungengefäßen)*
VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 6 *In Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Urologie findet eine Betreuung von Patienten mit Operationen am Urogenitalsystem statt. Es besteht eine Kooperation mit einer niedergelassenen Dialyse-Praxis.*
VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 7 *Betreuung von Patienten nach Operationen an Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse. Durchführung einer effektiven Schmerztherapie mit rückenmarksnahen Kathetern und patientenkontrollierten Pumpensystemen (Kooperation mit Fachabt. Chirurgie), Behandlung von akuten Entzündungen der Bauchspeicheldrüse*
VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 8 *Durchführung von nichtinvasiven (Aufsetzen einer Beatmungsmaske) oder invasiven (Einführung eines Beatmungsschlauchs zur maschinellen Beatmung) Beatmungsverfahren beim Versagen der Lungenfunktion, Therapie schwerer Asthmaanfälle inkl. Folgen. Durchführung von Langzeitbeatmung und deren Entwöhnung.*
VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 9 *Rechtzeitiger effektiver Einsatz von Antibiotika nach den Richtlinien der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie. Zur Bestimmung von Bakterien und Anpassung der Antibiotikagabe wird eine Blutprobe entnommen.*
VC05 - Schrittmachereingriffe
- 10 *Passagere Schrittmachereingriffe*
VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
- 11 *Behandlung von deliranten Erkrankungen (Verwirrheitszuständen) verschiedener Ursachen. Entzugsbehandlungen bei der Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente).*
VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 12 *Es finden Maßnahmen zur Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge Anwendung. Eine Mitarbeit in der Mitteldeutschen Sepsis Allianz der Uni Jena besteht. Regelmäßige Schulungen zur frühzeitigen Erkennung werden wahrgenommen, um eine sofortige Behandlung gewährleisten zu können.*
VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 13 *Behandlung tachykarder (schneller) Rhythmusstörungen wie Kammerflimmern oder bradykarder (langsamer) Rhythmusstörungen mit Medikamenten oder dem Einbringen von vorübergehenden Schrittmachersonden in Vorbereitung der Versorgung mit einem Herzschrittmacher durch den Kardiologen.*

Medizinische Leistungsangebote

VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

- 14 *Diagnostik der Gerinnung im Rahmen bevorstehender Operationen in den angeschlossenen Laboren . Behandlung von Patienten mit Komplikationen durch Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten.*

VI35 - Endoskopie

- 15 *Durchführung von Magen- und Darmspiegelungen auf der Intensivstation bei akuten Blutungen, Durchführung von Spiegelungen der Atemwege zur Gewinnung von Sekreten und der mikrobiologischen Untersuchung sowie der Säuberung der Atemwege (Bronchoskopie)*

VI40 - Schmerztherapie

- 16 *Nach Operationen oder Verletzungen wird eine Therapie mittels Schmerzmittelgabe (über Vene, patientenkontrolliertes Pumpensystem, rückenmarksnah oder an bestimmtem Nerven sitzende Schmerzkatheter) durchgeführt.*

VI42 - Transfusionsmedizin

- 17 *FA Anästhesie und Intensivmedizin ist als Transfusionsbeauftragter tätig und für die Organisation und Weiterbildung im Rahmen der Transfusionsmedizin (Übertragung von Blutkonserven oder anderen Medikamenten zur Beeinflussung der Blutgerinnung) verantwortlich.*

VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

- 18 *Akutbehandlung des Schlaganfalls durch den Verschluss von Gefäßen im Gehirn oder durch Blutungen im Gehirn. Durchführung der Lysetherapie (Auflösung der Thromben in den Gefäßen) bei dem Verschluss von Hirngefäßen. Leitliniengerechte Akuttherapie.*

- 19 VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

VR00 - („Sonstiges“): Native Sonographie

- 20 *Sonografische Untersuchungen des Bauches, der Lunge und der Gefäße finden Anwendung.*

VU15 - Dialyse

- 21 *Akutdialyse*

B-[3600-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	133
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	10
2	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	8
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	6
4	I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	4
5	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	4
6	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	< 4
7	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
8	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
9	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
10	N49.80	Fournier-Gangrän beim Mann	< 4
11	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
12	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
13	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	< 4
14	A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae	< 4
15	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
16	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
17	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes	< 4
18	R40.0	Somnolenz	< 4
19	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	< 4
20	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	< 4
21	S11.80	Nicht näher bezeichnete offene Wunde sonstiger Teile des Halses	< 4
22	R57.0	Kardiogener Schock	< 4
23	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	< 4
24	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	< 4
25	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
26	S20.2	Prellung des Thorax	< 4
27	S36.15	Schwere Rissverletzung der Leber	< 4
28	S37.02	Rissverletzung der Niere	< 4
29	R57.1	Hypovolämischer Schock	< 4
30	S27.31	Prellung und Hämatom der Lunge	< 4

B-[3600-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	13
2	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	9
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	7
5	I63	Hirninfarkt	4
6	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	4
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	4
8	K25	Ulcus ventriculi	< 4
9	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
10	S72	Fraktur des Femurs	< 4
11	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
12	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 4
13	I26	Lungenembolie	< 4
14	K26	Ulcus duodeni	< 4
15	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
16	A40	Streptokokkensepsis	< 4
17	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	< 4
18	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
19	R57	Schock, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
20	K80	Cholelithiasis	< 4
21	K85	Akute Pankreatitis	< 4
22	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	< 4
23	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
24	D62	Akute Blutungsanämie	< 4
25	I40	Akute Myokarditis	< 4
26	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	< 4
27	J93	Pneumothorax	< 4
28	A41	Sonstige Sepsis	< 4
29	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
30	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4

B-[3600-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	299
2	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	176
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	153
4	8-832.0	Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis: Legen	152
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	97
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	95
7	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	81
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	80
9	8-701	Einfache endotracheale Intubation	70
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	65
11	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	61
12	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	60
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	57
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	55
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	48
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	39
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	36
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	32
19	3-202	Native Computertomographie des Thorax	27
20	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	25
21	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	25
22	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	23
23	5-449.e3	Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch	23
24	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	19
25	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	19
26	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	18
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	18
28	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	17
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	16

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	15

B-[3600-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	406
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	193
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	153
4	8-832	Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis	152
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	121
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	97
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	95
8	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	88
9	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	80
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	75
11	8-701	Einfache endotracheale Intubation	70
12	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	65
13	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	65
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	57
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	55
16	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	40
17	5-449	Andere Operationen am Magen	40
18	8-854	Hämodialyse	37
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	36
20	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	30
21	3-202	Native Computertomographie des Thorax	27
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	26
23	5-469	Andere Operationen am Darm	25
24	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	23
25	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	23
26	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	19
27	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	19
28	8-821	Immunadsorption und verwandte Verfahren	18
29	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	18
30	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	18

B-[3600-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM08 -	Notfallambulanz
1	Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden</i>

In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.

B-[3600-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3600-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3600-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3600-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3600-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3600-03].11 Personelle Ausstattung

B-[3600-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,99	Fälle je VK/Person	19,02718
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,99
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,2	Fälle je VK/Person	25,57692
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,2

B-[3600-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF15 - Intensivmedizin
- 2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[3600-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		15,77	Fälle je VK/Person	8,43373
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,77

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,01	Fälle je VK/Person	131,683167
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,01

B-[3600-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

B-[3600-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3600-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1600-03] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[1600-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Die Abteilung Unfallchirurgie/Orthopädie unseres Krankenhauses versorgt unfallverletzte Patient*innen aller Schweregrade und geplante Eingriffe am Stütz- und Bewegungssystem.

Neben modernen Möglichkeiten der Diagnostik stehen uns erprobte, bewährte und moderne Verfahren der Behandlung zur Verfügung.

Moderne Nagelsysteme und Platten einschließlich winkelstabiler Platten ermöglichen Ihnen schonende, belastungsstabile und effektive, auf eine schnelle Mobilität ausgerichtete Behandlungsstrategien.

B-[1600-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 1600 - Unfallchirurgie

B-[1600-03].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Frank Reichel

Telefon

03632 67 1101

Fax

03632 67 1017

E-Mail

f.reichel@kmg-kliniken.de

Strasse

Hospitalstraße

Hausnummer

2

PLZ

99706

Ort

Sondershausen

URL

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/>

B-[1600-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1600-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 2 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 3 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 4 VO16 - Handchirurgie
- 5 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 6 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 7 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 8 VO15 - Fußchirurgie
- 9 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 10 VC63 - Amputationschirurgie
- 11 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 12 VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
- 13 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 14 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 15 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 16 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 17 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 18 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 19 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 20 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 21 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 22 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 23 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

B-[1600-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1381
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	96
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	88
3	M20.2	Hallux rigidus	83
4	S06.0	Gehirnerschütterung	78
5	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	68
6	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	51
7	M20.1	Hallux valgus (erworben)	50
8	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	50
9	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	48
10	M54.4	Lumboischialgie	34
11	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	28
12	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	25
13	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	25
14	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	24
15	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig	15
16	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	13
17	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	13
18	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	12
19	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	12
20	S82.82	Trimalleolarfraktur	12
21	S86.0	Verletzung der Achillessehne	11
22	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	10
23	S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	10
24	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	9
25	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
26	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	9
27	S20.2	Prellung des Thorax	9
28	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	9
29	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	9
30	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	9

B-[1600-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	147
2	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	133
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	106
4	S52	Fraktur des Unterarmes	96
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	89
6	S06	Intrakranielle Verletzung	87
7	S72	Fraktur des Femurs	85
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	80
9	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	67
10	M54	Rückenschmerzen	51
11	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	46
12	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	27
13	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	24
14	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	20
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	20
16	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
17	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	13
18	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	11
19	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	10
20	M87	Knochennekrose	9
21	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	9
22	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	9
23	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	9
24	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	8
25	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
26	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	6
27	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	6
28	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	6
29	I70	Atherosklerose	6
30	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5

B-[1600-03].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[1600-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-851.1a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß	414
2	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	228

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
3	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	212
4	5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	201
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	159
6	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	157
7	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	156
8	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	148
9	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	142
10	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	140
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	135
12	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	134
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	130
14	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	113
15	5-788.63	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	106
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	102
17	5-86a.12	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen	102
18	5-83a.00	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 1 Segment	101
19	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	100
20	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	97
21	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage	95
22	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	88
23	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	85
24	5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	85
25	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	81
26	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	79
27	5-832.0	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	75
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	71
29	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	71

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	66

B-[1600-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	451
2	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	440
3	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	416
4	5-786	Osteosyntheseverfahren	412
5	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	392
6	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	229
7	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	226
8	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	201
9	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	177
10	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	170
11	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	164
12	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	161
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	159
14	5-808	Offen chirurgische Arthrodesen	153
15	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	148
16	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	142
17	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	139
18	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	136
19	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	134
20	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	131
21	5-836	Spondylodese	122
22	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	104
23	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	102
24	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	91
25	9-401	Psychosoziale Interventionen	89
26	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	85
27	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	78
28	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	73
29	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	59
30	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	49

B-[1600-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
		<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	BG-Ambulanz
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<i>Die BG-Ambulanz ist ausschließlich für Patienten eingerichtet, die einen Arbeits- oder sogenannten Wegeunfall erlitten haben.</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
4	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Für gesetzlich Krankenversicherte ist eine Vorstellung in der Ermächtigungssprechstunde mit einer Überweisung vom Facharzt möglich.</i>

B-[1600-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1600-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1600-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	131
2	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	43
3	5-841.10	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Radiokarpalband	33
4	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	25
5	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	18
6	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	17
7	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	14
8	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	14
9	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	12
10	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	10
11	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	10
12	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	9

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
13	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	9
14	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	8
15	5-841.11	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum	8
16	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	7
17	5-840.40	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Beugesehnen Handgelenk	6
18	5-845.00	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnencheiden, partiell: Beugesehnen Handgelenk	6
19	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	5
20	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	5
21	5-787.2n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	4
22	5-787.09	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna distal	4
23	5-812.6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	4
24	5-795.3b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	< 4
25	5-810.90	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humero Glenoidalgelenk	< 4
26	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
27	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
28	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	< 4
29	5-796.2c	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Phalangen Hand	< 4
30	5-795.1b	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metakarpale	< 4

B-[1600-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	172
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	77
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	56
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	54
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	48
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	16
7	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	15
8	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	8
9	5-845	Synovialektomie an der Hand	8
10	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	8
11	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	6
12	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
13	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
14	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
15	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
16	1-513	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision	< 4
17	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
18	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
19	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
20	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
21	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
22	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
23	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
24	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnhenscheide	< 4

B-[1600-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

B-[1600-03].11 Personelle Ausstattung

B-[1600-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	6,37	Fälle je VK/Person	216,797485	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,37
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt	4,4	Fälle je VK/Person	313,863617	
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,4

B-[1600-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemein Chirurgie

B-[1600-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[1600-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,72	Fälle je VK/Person	128,824615
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,72

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	4184,848
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,97	Fälle je VK/Person	1423,7113
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		2,99	Fälle je VK/Person	461,872925
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,99

B-[1600-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung

B-[1600-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP08 - Kinästhetik
- 2 ZP16 - Wundmanagement

nach ICW

B-[1600-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2200] Belegabteilung für Urologie

B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Belegabteilung für Urologie

Wir betreuen Patient*innen aus einer Hand, präoperativ, operativ und postoperativ.
Eine Einweisung auf die Belegabteilung kann immer nur über unser Praxis erfolgen.
Wir bieten die Diagnostik, Therapie/ stationäres operatives Spektrum und Nachsorge urologischer Erkrankungen an.

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 2200 - Urologie

B-[2200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegärztin
Titel, Vorname, Name	MUDr. Margrit Gentzel
Telefon	03632 67 3913
Fax	03632 67 3914
E-Mail	M.Gentzel@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen

B-[2200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VG07 - Inkontinenzchirurgie
 - 2 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
 - 3 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
 - 4 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
 - 5 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
 - 6 VR16 - Phlebographie
 - 7 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
 - 8 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
 - 9 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
 - 10 VR02 - Native Sonographie
 - 11 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
 - 12 VR04 - Duplexsonographie
 - 13 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
 - 14 VR06 - Endosonographie
 - 15 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
 - 16 VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
 - 17 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
 - 18 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
 - 19 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
 - 20 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
 - 21 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
 - 22 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
 - 23 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
 - 24 VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
 - 25 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
 - 26 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
 - 27 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	33
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Fallzahlen der Belegabteilung

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	14
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	11
3	N30.0	Akute Zystitis	< 4
4	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	< 4
5	N36.2	Harnröhrenkarunkel	< 4
6	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	< 4
7	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	< 4
8	N31.81	Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat	< 4
9	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	14
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	12
3	N30	Zystitis	< 4
4	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	< 4
5	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	< 4
6	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	< 4
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
8	N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	16
2	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	16
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	13
4	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	5
5	1-464.00	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	< 4
6	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	< 4
7	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
8	5-609.0	Andere Operationen an der Prostata: Behandlung einer Prostatablutung, transurethral	< 4
9	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	< 4
10	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
11	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
13	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4

B-[2200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	18
2	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	16
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	16
4	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	< 4
5	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	< 4
6	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
7	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 4
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
10	5-609	Andere Operationen an der Prostata	< 4
11	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
12	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	< 4

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Urologische Sprechstunde/MUDr. (Univ. Prag) Margrit Gentzel

B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	22
2	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	7
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	6
4	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
5	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	< 4
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

B-[2200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	22
2	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	7
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	6
4	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
6	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	< 4

B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[2200].11 Personelle Ausstattung**B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen****Belegärztinnen und Belegärzte**

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	33
--------	---	--------------------	----

B-[2200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[2200].11.2 Pflegepersonal**

B-[2200].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[2200].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2200].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	84
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	84

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	285
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	285

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	72
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	72

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	132
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	132

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	160
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	154
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	154

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	106
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	106

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	106
----------	-----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	106

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	63
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	63

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	73
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	73

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%

Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	97,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,17 - 99,21

Fallzahl

Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	68

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID**2006**

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

99,05

Vertrauensbereich bundesweit

99,02 - 99,09

Rechnerisches Ergebnis	97,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,03 - 99,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	67

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
--------------------	--------------------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	97,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,43 - 99,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	44

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

Fachlicher Hinweis IQTIG

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	97,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,43 - 99,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	44

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf

Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,36 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	36
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID **232003_2009**

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,59 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	37

9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungsnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	77,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,19 - 88,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	90
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,90 - 97,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	18

11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	97,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,94 - 99,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID**232005_2028**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2028

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	96,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,81 - 99,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	30

13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,62 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	42

14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,65 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	30

15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 2,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 1,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,62

17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	20
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,90 - 33,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	9
19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung

Fachlicher Hinweis IQTIG

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	21,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,44 - 32,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	15

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,80 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	70
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	92,13 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist</p>

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 0,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5744
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	23,23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 0,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5744
Beobachtete Ereignisse	7

24. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

25. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben**Ergebnis-ID****521800**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	5744
Beobachtete Ereignisse	0

26. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle

ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5744
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Ergebnis-ID

51906

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 11,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
Fallzahl	

Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen</p>

keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

31. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

32. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	92
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,03 - 97,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,86 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	83,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	43,65 - 96,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG

üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	10,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,73 - 23,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,60 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	109
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Rechnerisches Ergebnis	13,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,12 - 25,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID

54120

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 4,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,42

47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	3,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 7,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,11 - 2,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	9,76
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
50. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes
 Bezug zum Verfahren

TKez
 DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

1,07
 1,04 - 1,10
 0,87
 0,30 - 2,33

Bundesergebnis
 Vertrauensbereich bundesweit
 Rechnerisches Ergebnis
 Vertrauensbereich Krankenhaus
Fallzahl
 Grundgesamtheit
 Beobachtete Ereignisse

1,07
 1,04 - 1,10
 0,87
 0,30 - 2,33
 Datenschutz
 Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

51. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

10271

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis

0,83

Vertrauensbereich bundesweit

0,80 - 0,86

Rechnerisches Ergebnis

0,37

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 1,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID

54050

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

97,35

Vertrauensbereich bundesweit

97,22 - 97,48

Rechnerisches Ergebnis

100

Vertrauensbereich Krankenhaus	92,44 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	47
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten</p>

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 1,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	9,53
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**54046**

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
TKez

Art des Wertes

DeQS

Bezug zum Verfahren

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine

Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem

Link entnommen werden: [https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

[arbeiten/grundlagen/standard-titel/](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/) Das Qualitätsergebnis ist

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

Anpassungen können der Beschreibung der

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,07

Vertrauensbereich bundesweit

1,03 - 1,10

Rechnerisches Ergebnis

0,99

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 2,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
58. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	98,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,24 - 99,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	68
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,11 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Ergebnis-ID	54128
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	134
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	96,80
Vertrauensbereich bundesweit	96,35 - 97,21

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich >= 95,00 %

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben**Ergebnis-ID****50045**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung

Fachlicher Hinweis IQTIG

gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	98,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,64 - 99,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	72
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 1,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	285
Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	78,65
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID 182000_52249

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie

Fachlicher Hinweis IQTIG

eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	9,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,23 - 18,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	6

72. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182001_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	45,90
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21

Rechnerisches Ergebnis	39,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	25,60 - 55,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	15

73. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	3,88
Vertrauensbereich bundesweit	3,79 - 3,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

74. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182003_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	14,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,72 - 27,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	6

75. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 - 71,99
Rechnerisches Ergebnis	77,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	61,92 - 88,28

Fallzahl

Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	28

76. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden**Ergebnis-ID** 182005_52249

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 6

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,01
Vertrauensbereich bundesweit	92,64 - 93,36
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

77. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden**Ergebnis-ID** 182006_52249

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 7

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	86,60
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 - 87,21
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

78. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 - 76,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

79. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden**Ergebnis-ID** 182008_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

80. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**Ergebnis-ID** 182009_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

81. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

Fachlicher Hinweis IQTIG

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	276
Beobachtete Ereignisse	0

83. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	276
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,65

84. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6

Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 133,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,40 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID

318

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen

Fachlicher Hinweis IQTIG

und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 - 97,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,00
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und

41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12

88. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	279
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,57

89. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	278
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,72

90. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	278
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,60

91. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID **181801_181800**

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	199
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18

93. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 57,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05

94. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher

spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

95. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,95
Vertrauensbereich bundesweit	2,83 - 3,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

96. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,20
Vertrauensbereich bundesweit	9,08 - 9,32
Rechnerisches Ergebnis	8,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,70 - 12,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	286
Beobachtete Ereignisse	24

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2022 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge

68

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	68
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	87

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	27
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	5
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Tagschicht	91,67 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Nachtschicht	100 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Nachtschicht	100 %
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA-GEB) - Tagschicht	100 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA-GEB) - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
9	Geriatric - Station 7 (Geri SDH) - Tagschicht	100 %
10	Geriatric - Station 7 (Geri SDH) - Nachtschicht	100 %
11	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Tagschicht	58,33 %
12	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Tagschicht	64,11 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Nachtschicht	85,21 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Tagschicht	90,96 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Nachtschicht	98,08 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Tagschicht	73,56 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Nachtschicht	78,22 %
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA- GEB) - Tagschicht	99,45 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA- GEB) - Nachtschicht	99,18 %
9	Geriatric - Station 7 (Geri SDH) - Tagschicht	76,44 %
10	Geriatric - Station 7 (Geri SDH) - Nachtschicht	65,75 %
11	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Tagschicht	58,08 %
12	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Nachtschicht	65,48 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein